

급여율 및 급여일 통지문 및 확인서
뉴욕주 노동법 섹션 195.1에 의거
시급 직원에 대한 통지

1. 고용주 정보

이름:

상호명(DBA):

연방 사업자 번호(FEIN)(선택사항):

실제 주소:

우편 주소:

전화:

2. 통지 시점:

고용 시

급여율을 변경하기 전에
임금 지급일 변경 전

3. 직원의 급여:
시간당 \$ _____

4. 수령 수당:

없음

팁 _____ 시간 당

식사 _____ 한 끼당

숙박 _____

기타 _____

5. 정기 급여일: _____

6. 급여 지급:

주 단위

격주 단위

기타

7. 초과근무수당:
\$ _____ 시간당(이 수당은 거의 예외없이
근로자의 정규 급여의 1.5배 이상이어야
합니다.)

8. 직원 확인란:

본 일자에 본인은 본인의 급여율,
초과근무수당(해당되는 경우), 수당 및 아래
명시된 급여일에 대한 통지를 받았습니다.
본인은 고용주에게 본인의 기본 언어가
무엇인지 알렸습니다.

본인의 모국어는
_____이며,
본인의 모국어로 된 본 급여 고지를
받았습니다.

정자체 직원 이름

직원 서명

날짜

작성자 이름 및 직책

직원은 이 양식의 서명된 사본을 받아야 합니다.
고용주는 원본을 6년간 보관해야 합니다.

참조: 동일한 업무에 대해 이성 직원보다 적은
급여를 지급하는 것은 불법입니다. 고용주는 또한
직원들이 동료와 그들의 임금에 대해 논의하는
것을 금지할 수 없습니다.